

УДК 616.853:616.831-006]-092

В.К.Чернецький

КЛІНІКО-ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ВАРІАНТИ ЕПІЛЕПТИФОРМНИХ НАПАДІВ ПРИ ПУХЛИНАХ БАЗАЛЬНИХ ВУЗЛІВ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології (зав. – проф. В.М.Пашковський)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. Вивчено 55 випадків пухлин базальних вузлів головного мозку. Виділено 14 варіантів епілептиформних нападів залежно від локалізації та гістоструктури пухлин у ділянці стріопалідума, зорового горба і ступеня залучення навколишньої мозкової речовини та характеру вторинних оклюзійних, судинних і дислокаційних процесів. Цим і пояснюється значна варіабельність і

непостійність проявів епінападів, правильна діагностична оцінка яких у 82% хворих помилкова або запізнена, що важливо для покращання ранньої клінічної та диференційної діагностики і для розширення наших знань про функцію базальних вузлів головного мозку.

Ключові слова: базальні вузли головного мозку, діагностика, пухлини, епілептиформні напади.

Вступ. У літературі описані окремі випадки епілептиформних нападів при пухлинах головного мозку [1-5]. Однак характеристика підкіркової епілепсії при пухлинному ураженні базальних вузлів у літературі не знайшла свого відображення. Між тим, як показав аналіз наших спостережень, підкіркові судомні напади при цих пухлинах, особливо стріопалідарної ділянки, трапляються часто - більш як у 42% спостережень. У зв'язку з цим значний інтерес становить детальна характеристика епілептиформних нападів залежно від періоду захворювання, топографії пухлин у межах базальних вузлів і вторинних процесів у мозку. Це важливо ще й тому, що правильна діагностична оцінка таких нападів визначалася тільки у 12% хворих.

Мета дослідження. Вивчити динаміку і характер прояву епілептиформних нападів залежно від локалізації та гістоструктури пухлин у ділянці стріопалідума, зорового горба і прилеглої мозкової речовини для покращання ранньої та диференційної діагностики і розширення наших знань про функцію базальних вузлів головного мозку.

Матеріал і методи. Проведено клінічний та патоморфологічний аналіз 55 випадків первинних пухлин базальних вузлів головного мозку, у клінічній картині яких на тому чи іншому етапі захворювання спостерігалися різні варіанти підкіркових епілептиформних нападів, що становило 42% від загального числа нами обстежених 131 випадку, верифікованих на секції. Пухлини локалізувалися переважно в ділянці передніх відділів стріопалідума (в 11 випадках), лентикулярного ядра (у 8), стріопалідоталамічній ділянці (у 18) і зорового горба (у 18 випадках). За структурою переважали пухлини макрогіаліального ряду (астроцитоми різного ступеня анаплазії, гліобластоми, які виникли в результаті малігнізації раніше доброякісних астроцитом). Рідше траплялися олігодендрогліоми, ангіоретикулосаркоми та ін. Однією з особливостей цих пухлин є наявність майже в половині випадків дрібних, іноді великих кіст.

Результати дослідження та їх обговорення. Підкіркові епілептиформні напади при пухлинах стріопалідарної ділянки виникали частіше всього

в ранній період захворювання (у 28 із 37 хворих) і нерідко до виникнення чітких вогнищевих симптомів. При пухлинах зорового горба - у пізній період (у 15 із 18 хворих), що можна пояснити більшою злоякісністю та широким їх розповсюдженням у межах стріопалідума і частим ураженням прилеглих до нього структур лобної і скроневої часток. Характерними для епілептиформних нападів є різноманітність і мінливість їх проявів протягом захворювання, а також різні поєднання цих нападів з екстрапірамідними, мезенцефальними, дієнцефальними та кірковими порушеннями. Досить часто спостерігався безпосередній зв'язок таких нападів із загостренням оклюзійно - гіпертензивних явищ, що особливо яскраво проявлялося на пізньому етапі захворювання [6].

Наші спостереження дають можливість виділити такі варіанти епілептиформних нападів при пухлинах стріопалідарної ділянки:

1) загальні тонічні, іноді і клонічні судоми з непритомністю та вираженою ембріональною позою або опістотонусом, яким іноді передували явища короткочасної акінезії, „зупинки” мови, нюхові галюцинації, анкіозні стани і психомоторні пароксизми;

2) тонічні судоми в контралатеральних кінцівках із поворотом голови та очей у бік вогнища і перехідними гіперкінезами в руці з подальшим ознобоподібним тремором, гіперсомнією, іноді присмерковими станами свідомості;

3) своєрідні торзійного типу тонічні судоми в м'язах тулуба, іноді за типом дорзовентральної дистонії (Л.Б.Литвак);

4) тонічні судоми та парестезії в контралатеральних кінцівках (типу джексоновських) з подальшою появою рецидивної геміалгії або гемігіперкінезів;

5) загальні та парціальні, у тому числі тільки в гомолатеральних кінцівках, тоніко-гіперкінетичні напади, іноді з різкими афективними реакціями;

6) малі напади з короткочасним виключенням свідомості або дрімотним станом та послідовною появою нюхових галюцинацій (в одного хворого), оніміння в половині тіла з перехідною

геміалгією і геміпарезом (у двох), нападів насильницького плачу та сміху (в одного хворого);

7) напади типу децеребраційної ригідності з тяжкими серцево-судинними і вегетативними порушеннями, які спостерігались у пізній період захворювання.

Підкреслимо, що при двобічній локалізації пухлини (голівка хвостатого ядра) дуже часто напади або дебютували короткочасними мовними порушеннями ("зупинка" мови, іноді з персевераціями одного складу або слова та ін.), або закінчувалися появою перехідної моторної або сенсорної афазії, іноді кіркової анартрії.

При пухлинах зорового горба (18 хворих) судомні напади спостерігались, в основному, у пізній період захворювання (15 хворих) і носили частіше виражений підкірково-стовбуровий характер. У ранній період захворювання вони визначалися тільки у трьох хворих: в одного з них (дитина 1,5 року) у вигляді загальних тоніко-гіперкінетичних нападів, у другого – різні варіанти нападів, частіше без втрати свідомості, які виникали на фоні різких оклюзійних атак (загальний тремор, поворот очей вліво або тонічні судоми в кінцівках з поворотом голови та очей вправо з різкими вегетативно-судинними порушеннями). У третьої хворої (дитина чотирьох років) спостерігались своєрідні напади у вигляді неприємних відчуттів у ділянці серця, болю, холоду та парестезій у лівих кінцівках із послідовною появою гіперкінезів у них і слабкістю в руці. Потім формула нападів різко змінювалася, приєднувалися тонічні судоми в кінцівках та напади загального дрижання всього тіла та ін.

На пізньому етапі в решті 15 хворих на фоні різких оклюзійно-гіпертензивних атак визначалися наступні варіанти підкірково-стовбурових нападів:

- 1) типу децеребраційної ригідності (у 8 хворих);
- 2) короткочасні ритмічні рухи голови (справа-наліво) з больовим компонентом і сплутаністю свідомості;
- 3) напади типу загального дрижання з тонічними судомами в руках, вазомоторними та іншими вегетативними розладами;
- 4) епізодичні тонічні судоми в контралатеральних кінцівках із різкою екстензорною їх установкою;
- 5) короткочасні виключення свідомості із загальною акінезією, а потім стовбурові напади: тонічні судоми в м'язах обличчя та лівої руки з міоклонічними посмикуваннями в них;
- 6) на тлі тонічних, а іноді клонічних судом у руках і лівій нозі - розмашисті гіперкінези лівої руки з послідовною слабкістю в ній (бік ураження);
- 7) різкі тонічні судоми в контралатеральній руці з боєм і фіксованою її установкою (рука „проповідника”).

Наші спостереження показали, що така велика різноманітність проявів епілептиформних нападів залежала не тільки від глибини туморозно-

го ураження більшої або меншої частини ядер стріопалідума і зорового горба, а й від особливостей гістоструктури пухлин, ступеня їх малігнізації та розповсюдження в прилеглу мозкову речовину. Зокрема при пухлинах стріопалідума визначалося розповсюдження пухлин у білу речовину скроневої та лобної часток, а при пухлинах зорового горба - часто в покришку середнього мозку, внутрішню капсулу та ін. Відповідно до цього виникала конвергенція епілептиформних розрядів на сенсомоторну, нюхову і лімбіко-амігдаллярну ділянки та на стовбур мозку, про що свідчить мінливість структури епінападів. Поліморфізм та варіабельність таких нападів, мінливість їх форми, наявність перехідних форм (тоніко-гіперкінетичних у тип децеребраційної ригідності та ін.) та різне поєднання цих нападів з екстрапірамідними, пірамідними, таламічними, гіпоталамічними, мезенцефальними порушеннями функцій зумовлені не тільки різним ступенем ураження більшої або меншої частини ядер стріопалідума, зорового горба, а з послідовним втягненням все нових і нових структур прилеглої до них мозкової речовини (лобної, скроневої часток, стовбура мозку та ін.), а також приєднанням явищ дислокації мозку, оклюзійної гідроцефалії [6], судинних порушень, виникнення в пухлинах великих та малих кіст; тобто, складались умови для розвитку поліфокальних зон подразнення. Цим можна пояснити дуже велику різноманітність проявів епілептиформних нападів, мінливість формули і їх генералізацію.

Правильна оцінка особливостей проявів цих нападів з урахуванням всієї клінічної картини буде сприяти не тільки покращанню ранньої клінічної та диференційної діагностики, а і розширенню наших знань про функцію базальних вузлів головного мозку.

Висновки

1. Встановлено, що в 42% хворих спостерігались різні варіанти епілептиформних нападів при пухлинах стріопалідума (у 37) і зорового горба (у 18 хворих), правильна діагностична оцінка яких у 82% хворих помилкова або запізншла.

2. При пухлинах стріопалідарної ділянки такі епінапади частіше виникали в ранній період клінічної маніфестації захворювання, тоді як при пухлинах зорового горба – у пізній.

3. Різноманітність, варіабельність та непостійність проявів досить складних епінападів вказували на наявність поліфокальних вогнищ іритації не тільки ділянок стріопалідума і зорового горба, а й прилеглих структур мозку (кіркових, мезенцефально-діенцефальних та ін.). Про це свідчило поєднання таких нападів із пірамідними, екстрапірамідними, кірковими, мезенцефальними порушеннями, що важливо для покращання ранньої клінічної і диференційної діагностики та для розширення наших знань про функцію базальних вузлів головного мозку.

Перспектива подальших досліджень полягає в удосконаленні ранньої діагностики та по-

глибленні знань про функцію окремих ядер базальних вузлів головного мозку з допомогою нових методів КТ та МРТ для можливої нейрохірургічної корекції таких болісних станів у хворих.

Література

1. Коновалов А.Н., Кардашев Б.Л., Коршунов А.Г. Опухоли центральной нервной системы. Рук-во для врачей: Т.1 / Под ред. Н.Н.Яхно, Д.Р.Штульмана. 2-е изд. перераб. и доп.- М.,2001.- С.658-693.
2. Маслова Л.Н., Улитин А.Ю., Фадеева Т.Н. и соавт. Динамика эпилептического синдрома у больных с глиомами больших полушарий в раннем послеоперационном периоде // Всерос. научно-практ. конф. с Международным участием, посвящ. 300 - летию Санкт-Петербурга (27-28 ноября 2003 г.): Актуальные проблемы современной неврологии, психиатрии и нейрохирургии.- СПб, 2003.- С. 220.
3. Поляков В., Смирнова Т., Цвылева М. и др. Опухоли головного мозга у детей // Рос. мед. ж.- 2001.- №2.- С. 48-49.
4. Цимбалюк В.І., Медведєв В.В. Роль нейрональних стовбурових прогеніторів у процесах виникнення і прогресування деяких пухлин головного мозку, а також епілептогенезу (огляд літератури) // Укр. нейрохірург. ж.- 2004.- №1.- С. 9-14.
5. Чернецкий В.К. Патология базальных узлов головного мозга при внутричерепных опухолях (в клинко-морфологическом освещении): Автореф. дис... д-ра мед. наук.- Киев, 1979.-39 с.
6. Чернецкий В.К. Клинико-морфологические варианты блокады ликворных путей при опухолях базальных узлов головного мозга // Всерос. научно-практ. конф.: Поленовские чтения (11-13 апреля 2005 г.).- СПб, 2005.- С.292.

CLINICO-PATHOMORFOLOGIC VARIANTS OF EPILEPTIFORM ATTACKS IN CASE OF TUMORS OF THE BASAL GANGLIA OF THE BRAIN

V.K.Chernets'kyi

Abstract. Fifty five cases of tumors of the cerebral ganglia have been studied. Fourteen variants of epileptiform attacks, depending on the localization and histostructure of the tumors in the region of the striopallidum, thalamus and the degree of the involvement of the adjacent medullary substance as well as the character of secondary occlusive, vascular and dislocating processes have been singled out. This fact explains considerable variability and inconstancy of epiattacks manifestations whose correct diagnostic evaluation in 82% of the patients was erroneous or belated and this is important for improving early clinical and differential diagnostics as well as expanding our knowledge of the basal ganglia of the brain.

Key words: brain, basal ganglia, diagnostics, tumors, epileptiform attacks.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2006. – Vol.10, №3.- P.93-95

Надійшла до редакції 18.04.2006 року

УДК 616.24-002.5-007.271-085.28

В.П.Шаповалов

ЕФЕКТИВНІСТЬ ХІМІОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ДЕСТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ПРИ ФАЗОВОМУ ЗАСТОСУВАННІ ЗАСОБІВ ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ (КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ПАРАЛЕЛІ)

Кафедра шкірно-венеричних хвороб та туберкульозу (зав.- доц. О.І.Денисенко)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. Встановлено, що хіміотерапія в поєднанні з фазовим використанням допоміжних засобів лікування за рахунок спрямованої корекції процесів фіброгенезу, чи, навпаки, надмірної ексудативної компоненти запалення є більш ефективною порівняно з групами хворих, яким призначалося традиційне етіопатогенетичне лікування. Зазначене підтверджується швидким зникненням клініко-рентгенологічних проявів запальної реакції, і зумовило покращання основних показників клінічного видужання хворих: підвищення на 14,9%

частоти конверсії харкотиння, на 9,3% - загоєння порожнин розпаду та зменшення на 19,2% - утворення великих залишкових змін. Позитивні результати апробованих режимів хіміотерапії у хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень можна використати для стандартизації й уніфікації засобів патогенетичного лікування туберкульозу.

Ключові слова: туберкульоз, легені, хіміотерапія, ефективність.

Вступ. Стандартна хіміотерапія для лікування хворих на деструктивні форми вперше діагностованого туберкульозу легень передбачає що-

денне застосування в інтенсивну фазу 4- компонентного режиму, який включає основні протитуберкульозні препарати I ряду. Експерти ВООЗ